様式第12号の3（第15条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 高齢者の医療の確保に関する法律による負担区分等証明書 | | | | | | |
| 1 | 氏名 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 該当する負担区分 | 一定以上負担区分 | | 減額区分 | | |
| 基準額以上 | 基準額未満 | 非課税 | 老福 | 基準額以下 |
| 2 | 氏名 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 該当する負担区分 | 一定以上負担区分 | | 減額区分 | | |
| 基準額以上 | 基準額未満 | 非課税 | 老福 | 基準額以下 |
| 3 | 氏名 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 該当する負担区分 | 一定以上負担区分 | | 減額区分 | | |
| 基準額以上 | 基準額未満 | 非課税 | 老福 | 基準額以下 |
| 4 | 氏名 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 該当する負担区分 | 一定以上負担区分 | | 減額区分 | | |
| 基準額以上 | 基準額未満 | 非課税 | 老福 | 基準額以下 |
| 5 | 氏名 |  | | 生年月日 | 年　　月　　日 | |
| 該当する負担区分 | 一定以上負担区分 | | 減額区分 | | |
| 基準額以上 | 基準額未満 | 非課税 | 老福 | 基準額以下 |
| 上記のとおり高齢者の医療の確保に関する法律による負担区分等の判定を行ったことを証明する。  　　　　年　　月　　日  椎葉村長 | | | | | | |